

¡Doctor, los tórax siempre con perfil!

» Autores

Federico Javier Hernández Chafes, Nuria Castellvi Gil, Francisco Javier López Malo
Médico/a de familia, CAP Verdaguer (Sant Joan Despí).

» Correctores

Mèncía Benítez y José Ignacio Aoiz

» Correspondencia

Federico Javier Hernández Chafes
Dirección electrónica: federicohernandez@gencat.cat

Publicado: 1 de marzo del 2010
Butlletí 2010, 28:02

Éste es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓN

Gamagrafías, Resonancias, TACS, PETS... ¿Quién tiene tiempo para preocuparse de la radiografía de tórax? ¿Y es que en este mundo tecnológica, donde se tiende a pensar que las respuestas están en las exploraciones caras y donde la subespecialización nos hace interesarnos por lo que es poco común pero publicable, tendemos a olvidar que son las actitudes y exploraciones sencillas las que normalmente nos dan solución a los problemas más comunes, que al fin y al cabo constituyen el grueso de nuestro quehacer diario como médicos. Y sobre estas actitudes y exploraciones que todos damos por sabidas tampoco está todo dicho. Mediante un caso clínico, este artículo quiere poner énfasis en la utilidad de las guías de actuación como método para obtener respuestas, pero también quiere poner énfasis en la necesidad de ser críticos con toda la información que nos llega, incluidas las guías y sus recomendaciones recordándonos que siempre pueden ver más cuatro ojos que dos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes personales y patológicos. Hombre de 50 años que trabaja como conserje. Presenta como antecedentes médicos de interés ser alérgico a la Penicilina, Estreptomina y derivados; ser fumador de 10 -20 cigarrillos/día y haber sufrido un cólico nefrítico a los 30 años.

Enfermedad actual. Consulta por persistencia de dolor a base de hemitórax y fosa renal izquierdas de seis días de evolución. Ha sido visitado por el mismo motivo durante este tiempo en cuatro ocasiones, dos de ellas a nivel hospitalario, diagnosticándosele inicialmente de cólico nefrítico y finalmente de dolor musculoesquelético. Interrogando al paciente por las características del dolor nos dice que este es punzante, intenso, continuo, que aumenta con los movimientos respiratorios y sobre todo con la inspiración profunda. Dice no presentar síndrome miccional ni alteración del ritmo deposicional asociados.

Exploración física. Paciente consciente, orientado, normotenso, sin fiebre ni lesiones cutáneas evidentes, pálido, sudoroso, inquieto, dice no encontrar postura que le calme mientras se coge con las manos la base izquierda del tórax como si le aliviara. La auscultación respiratoria evidencia un murmullo vesicular conservado y la cardíaca tonos rítmicos sin soplos. El abdomen es normal y la percusión lumbar bilateral no es dolorosa.

Exploraciones complementarias. Las aporta el propio paciente.

- *RX Abdomen simple:* Abundante gas en marco cólico. No se aprecian lesiones litiásicas a territorio renoureteral.

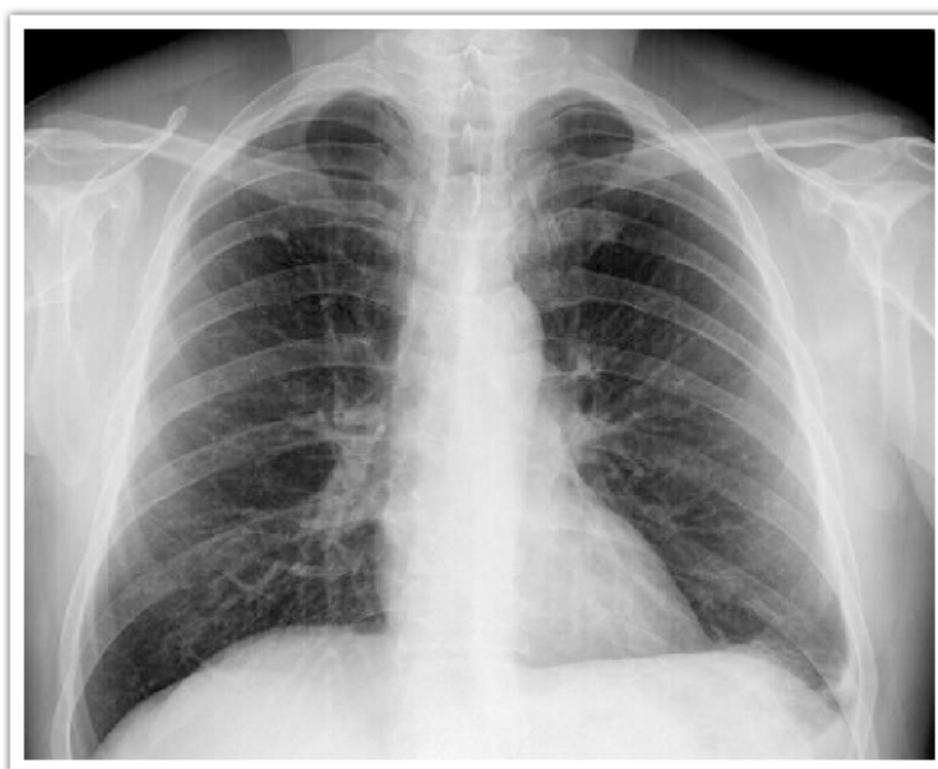
- *Electrocardiograma:* Ritmo sinusal a 78 x'. Eje a +60°. PR=0,16s. No alteraciones de la repolarización.

- *Sedimento de orina:* Normal.

- *Pulsioximetría:* Saturación de oxígeno = 96%.

- *RX Tórax posteroanterior (PA):* Marc óseo normal. Índice cardiotorácico <50%. Senos costofrénicos libres. Nódulo pulmonar de 3 mm de diámetro, sin especificar localización pero aconsejando control radiológico en un mes. (**figura 1**).

Figura 1. RX Tòrax posteroanterior



Evolución. Apostando por el origen pleurítico del dolor debido a sus características, a pesar de tener una auscultación torácica normal, preguntamos por sintomatología de origen respiratorio asociada. El paciente insiste en que no ha tenido tos, ahogo, ni mocos... pero reconoce haber tenido fiebre tres o cuatro días antes de su primera consulta.

Al analizar con detenimiento la radiografía del tórax descubrimos un pequeño aumento de densidad en el seno costofrénico izquierdo de un centímetro de diámetro aproximadamente. A lo mejor se podría corresponder con el nódulo de 3 mm que se mencionaba en el informe de urgencias, o a lo mejor también con una superposición de imágenes. ¿Y el perfil? ¡No hay proyección lateral para acabar de analizar el hallazgo! ¿Qué hacemos si estamos en el Centro de Atención Primaria y el servicio de radiología está a cuatro kilómetros? ¿Y si pedimos la exploración y sólo es una superposición quedando todo en otro viaje infructuoso para el paciente?

Ante la clínica sugestiva de origen pleurítico, el hallazgo radiológico, recordando que las guías aconsejan pedir un perfil siempre que se pueda y recordando también el primer consejo que nos dio la jefa de urgencias cuando éramos residentes - ¡*Doctores, los tórax siempre con perfil!* - ... informamos al paciente de nuestra intención y solicitamos la citada proyección radiológica.

- *RX lateral del tórax o perfil (P):* Infiltrado en lóbulo inferior izquierdo con aumento de densidad fusiforme a campos medios del pulmón izquierdo. ¿Líquido en cisura? (**figura 2**).

Figura 2. RX lateral del tórax o perfil



DISCUSIÓN

El resumen de lo que hay publicado es que *"Si bien no es obligatorio, se recomienda, siempre que se pueda ¹, pedir dos proyecciones, PA y P, para un correcto estudio del tórax. El perfil tiene interés sobre todo para el estudio de zonas ciegas a la proyección PA, como el espacio retrocardíaco y los senos costofrénicos posteriores, y para la correcta ubicación en el espacio y de las imágenes anómalas encontradas ^{2, 3, 4}".*

Pero ¿por qué solo se recomienda pedir y no se obliga a practicar el perfil a todo estudio básico del tórax? ¿Por la radiación que supone? Si hablamos de niveles bajísimos como para considerarlo (Dosis 0,02 mSv). ¿Por el coste temporal o material? Si es una exploración rápida y no de las caras. ¿Por qué no se puede practicar a todo tipo de paciente (ejemplo: encamados)? Tampoco la PA. A o mejor la mayor radiación de los primeros aparatos de radiología, la incertidumbre creada por estudios sobre la baja patología diagnosticada gracias al perfil en pediatría ^{5,6}, la solicitud de muchos estudios de tórax no indicados y el ahorro en radiación y céntimos que el sumatorio de todos los perfiles no practicados supone, han contribuido a que se haya optado por recomendar y no obligar a practicar la proyección de perfil al estudio básico del tórax.

Como ya hemos comentado, la proyección PA del tórax no permite visualizar el espacio retrocardíaco ni los senos costofrénicos posteriores y limita el análisis de la caja torácica a solo dos dimensiones del espacio. Así que todo estudio del tórax sin perfil es por lógica un estudio incompleto siendo el origen de muchos falsos negativos diagnósticos, y para muestra el caso que hemos presentado.

Recomendaciones.

Necesitamos dos proyecciones, PA y P, para visualizar correctamente el tórax. Por eso tenemos que conseguir pasar del actual "se recomienda pedir" al "se deben realizar" dos proyecciones para un correcto estudio de este. Debemos trabajar para que la práctica de toda proyección PA lleve implícita la realización de un perfil por el radiólogo siempre. Como cuando solicitamos una ecografía renal dando por hecho que se nos informará del estado de los dos riñones sin haberlo pedido. Evitaremos de esta manera que se nos pasen diagnósticos por el hecho de realizar estudios de forma incompleta o a medias. Además, debemos continuar recordando a los profesionales sanitarios de cuáles son las correctas del estudio básico del tórax para reducir, si es necesario, radiaciones y costes ⁷⁻⁸.

Así que, como bien decía la jefa de urgencias cuando éramos residentes: "¡Doctor, los tórax siempre con perfil!"

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Guia d'actuació en urgències per a l'Atenció Primària. Barcelona: semFYC ediciones; 2008. p. 840-43.
2. Farreras Valentí P , Rozman C. Medicina Interna. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A; 2000. p. 815-16.
3. Giron J, Sans N, Sénac JP. Lateral view of the thorax: the profile. J Radiol. 1999 Feb; 80(2): 109-19.
4. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison. Principios de Medicina Interna. Madrid: McGraw-Hill; 1998. p. 1604-6
5. Lamme T, Nijhout M, Cadman D, Milner R, Zylak C, Jacobs J, Gill G, McNamee J. Value of lateral radiologic view of the chest in children with acute pulmonary illness. CMAJ. 1986 Feb 15; 134(4): 353-6.
6. Estevan, M. Examen radiográfico del tórax: Semiología radiográfica de las neumonías de probable causa bacteriana. *Arch. Pediatr. Urug.*, mar. 2001, vol.72, no.1, p.52-56. ISSN 0004-0584.
7. Sociedad Española de Radiología Médica. Criterios de remisión de pacientes a los servicios de diagnóstico por la imagen. Adaptados por la Comisión Europea y expertos europeos en radiología y medicina nuclear, junto con el Real Colegio de Radiólogos del Reino Unido. Año 2000. SERAM, 2005-6. Disponible: <http://www.seram.es/>
8. Ortega M, Rueda JR, López-Ruiz, JA. Análisis del uso de la radiografía simple de cráneo, tórax y abdomen en los servicios de urgencia hospitalarios. Investigación comisionada, Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2001. Informe nº: Osteba D-01-04.